医　師　意　見　書

（大郷町若年がん患者在宅療養支援事業）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 年　齢 | 歳 |
| 住　　所 | 大郷町 | | |
| 病　　名 |  | | |
| 注意事項等 |  | | |
| 上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、大郷町若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第２条第２号に掲げる要件に該当する者と判断できる。  　　大郷町長　殿  年　　　月　　　日  医療機関名  住　　　所  電話番号  医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （自署の場合は押印省略可） | | | |

※大郷町若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第２条第２号：医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがない状態に至ったと判断したがん患者であること